Rok XXXI. Kraków, 10 Września 1892. Nr. 37.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Doświadczenia w sprawie zapobiegania kile.[1])

Podał
Dr. Ż. Krówczyński.

Najszczytniejszym zadaniem sztuki lekarskiéj pozostanie na zawsze zapobieganie chorobom. Dzięki postępowi bakteryjologii, mikrochemii i hygijeny jest widoczny także postęp w sprawie zapobiegania ostrym chorobom przyrzutowym. Oddzielenie pierwszego przypadku z chorobą przyrzutową ostrą, może powstrzymać nawet wówczas chorobę, gdy zresztą są wszystkie dane do powstania epidemii. Zdawałoby się, że tem łatwiéj powinno się zapobiedz przewlekłéj chorobie przyrzutowéj, szczególnie takiéj, w któréj znamy chwilę zetknięcia się z przyrzutem i najczęściéj znamy miejsce wejścia jadu. Nie wspominam o oddzielaniu chorych dotkniętych przewlekłą chorobą przyrzutową, bo ono w zastosowaniu do kiły jest niemożliwem. Tymczasem w tych chorobach nie wiele osiągnęliśmy zapobieganiem. Historyja podaje, że Calderon miał posiadać środek zapobiegający kile; zabrał on jednak tajemnicę do grobu i nie zdołano stwierdzić, o ile podanie było prawdziwe. Boeck robił doświadczenia, szczepiąc wydzielinę szankrów miękkich zmięszaną z różnemi środkami leczniczemi; kto zna te doświadczenia, zgodzi się ze mną, że niewiele z nich pozytywnych wniosków wyciągnąć można. Wspominam jednak o obu lekarzach, bo prace ich zrodziły we mnie myśl doświadczeń w tym kierunku. Rozpocząłem je pierwotnie jeszcze w r. 1878, przekonawszy się jednak, że szczepienie tak wydzieliną szankrów miękkich jakoteż wydzieliną wczesnéj kiły na zwierzętach, jako to myszkach, królikach i morskich świnkach się nie udają z powodu napotykanych trudności przerwałem je, aby w r. 1890, 1891 i 1892 znów powtórzyć na zwierzętach z równie ujemnym wynikiem. — Wreszcie postanowiłem robić doświadczenia na ludziach wydzieliną wrzodów miękkich. Stwierdziwszy, że wydzielina tak zwanych szankrów miękkich, jakoteż wydzieliny zaraźliwe wczesnéj kiły oddziaływają alkalicznie, wydawało mi się, że płyn, który miałby zapobiegać zarażeniu powinien oddziaływać kwaśno a to rozumowanie popierał fakt dobrze znany, że wrzody miękkie, przedewszystkiem zaś pierwotne objawy kiłowe w pochwie należą do najrzadszych zjawisk najprawdopodobniéj właśnie z powodu kwaśnego oddziaływania prawidłowéj wydzieliny pochwy.

Nie będę nużył Szanownego Zgromadzenia wyliczaniem środków przezemnie używanych, które mnie zawodziły, ale pragnę zdać pokrótce sprawę ze środka, który zdaje się odpowiednio użyty znosi własności zaraźliwe wydzieliny kiłowéj: Zanim wymienię środek i opiszę sposób w jaki postępowałem podczas doświadczeń, muszę się przyznać, że miałem uzasadnienie teoretyczne do robienia doświadczeń w własnościach użytego płynu. Wprawdzie nie brak nam środków silnie żrących, które właśnie z powodu silnie żrącego działania niszczą poza ustrojem wydzieliny szankrów miękkich i znoszą prawdopodobnie zaraźliwe własności wydzielin kiłowych. Niestety, nie można ich używać, bo niszczą tkaniny ustroju a od środka używanego żądałem, aby miał własności desinfekcyjne ale mimo to nie działał żrąco i nie niszczył tkanin ustroju ludzkiego. Tym warunkom odpowiada woda utleniona. Panowie chemicy wytłómaczą na czem działanie polega, mnie do doświadczeń wodą utlenioną, zachęcał znany bakteryjologom fakt, iż zarazki tracą częściowo lub całkowicie własności zarażania, gdy są dłuższy czas wystawione na działanie powietrza. Nie wiem czy słusznie przypuszczam, że w danym przypadku działa tlen; wychodząc jednak z tego założenia, przypuszczałem, że im większa ilość wolnego tlenu na zarazek zadziała, tem prawdopodobniéj powinien zarazek utracić swe szkodliwe własności. Wreszcie porównanie pod drobnowidem wydzieliny saméj i z domieszką wody uleniónéj stwierdzało, że środek użyty przeistacza bardzo widocznie tak wydzielinę szankrów miękkich jakoteż twardych i nacieków kłykcino-

[1]) Rzecz przedłożona międzynarodowemu kongresowi dermatologicznemu we Wiedniu.

wych sączących. Oto usprawiedliwienie, dlaczego używałem wody utlenionéj z dodatkiem kwasu solnego rozcieńczonego w stosunku 100:0·5.

A teraz przedłożę Szanownemu Zgromadzeniu sposób postępowania.

Wrzody miękkie szczepiłem przeważnie u dotkniętych szankrami miękkiemi albo u dotkniętych kiłą. Najczęściéj w ten sposób postępowałem. Przez skaryfikacyję skóry na wewnętrznéj powierzchni przedramienia stwarzałem korzystne dla przeszczepiania warunki; zazwyczaj skaryfikowałem trzy miejsca, rzadziéj dwa i w pierwszym razie na najbliżéj łokcia ułożonem miejscu, zaszczepiałem wydzielinę szankra miękkiego zmięszaną z jedną lub dwiema kroplami a co najwięcéj 4-ma kroplami wody utlenionéj z dodatkiem kwasu solnego na szkiełku zegarkowem, przyczem zawsze powstawało mniejsze lub większe pienienie, tem większe im świeższą była woda uleniona, którą kazałem sobie dostawiać najczęściéj w 15 grm. flaszeczkach i zazwyczaj przy każdem szczepieniu używałem świeżéj flaszeczki. Poniżéj tego miejsca przenosiłem wydzielinę szankra bez pomieszki równie jak na trzecie miejsce skaryfikowane najbliżéj przegubu ręki ułożone z tą tylko różnicą, że po 1—2 minutach wkraplałem na środkowe miejsce wodę utlenioną z kwasem, przyczem zawsze pienienie następowało, a po 1—2 minutach ścierałem ile możności dokładnie watą dobrze zwilżoną w tejże wodzie miejsce szczepienia, na miejscu zaś najniżéj ułożonem zostawiałem wydzielinę ropną samą i pacyjentkę uwalniałem po zupełnem zaschnięciu wydzieliny. Szczepiąc w dwóch miejscach, przenosiłem bliżéj łokcia wydzielinę zmięszaną z wodą utlenioną, na drugie zaś skaryfikowane miejsce czystą, ewentualnie bez domieszki, wydzielinę ropną.

Rezultat szczepienia wydzieliną szankrów miękkich w 15 przypadkach był następujący:

Na 14 przypadków szczepienie w tych miejscach, gdzie szczepiłem wydzielinę szankrów miękkich zmięszaną na szkiełku z wodą ulenioną z dodatkiem kwasu solnego, był w 12 przypadkach rezultat ujemny, tj. owrzodzenia miękkie nie powstały i po kilku dniach zaledwie dostrzedz można było ślady skaryfikacyi bez wszelkiéj reakcyi miejscowéj. W jednym przypadku u choréj dotkniętéj późną kiłą powstało owrzodzenie, którego nieśmiałbym nazwać szankrem miękkim i to dopiero 6 dnia po szczepieniu. Tutaj winienem dodać, że woda utleniona w tym przypadku użyta na 9 dni przedtem dała rezultat pożądany i kilkakrotnie była przedtem używaną; może więc na karb tego dodatni(?) rezultat kłaść należy. W drugim przypadku rezultat szczepienia był również dodatni, a dotyczy on choréj dotkniętéj objawami wczesnéj kiły, u któréj w braku świeżéj użyto wody, którą 5 miesięcy posiadałem, i która zmieszana z wydzieliną prawie nic nie pieniła; mimo to w danym przypadku również dopiero 6-go dnia po szczepieniu powstanie wrzodu było widoczne.

W obu powyżéj wymienionych przypadkach i jeszcze w dwóch innych powstały owrzodzenia w miejscach, w których szczepiono wydzielinę wrzodu miękkiego, wcierając ją w skaryfikowane miejsce i po 4 minutach wkraplano na nią wodę utlenioną a późniéj jeszcze watą zamaczaną w wodzie utlenionej starto. W obu przypadkach szczepione były dotknięte kiłą, jedna późną, druga wczesną. Wreszcie w jednym przypadku (15) szczepiłem w o d ę u t l e n i o n ą z d o d a t k i e m ł u g u p o t a s o w e g o i w tym przypadku rezultat szczepienia był dodatni, t. j. owrzodzenie charakterystycznie miękkie powstało w zwykłym czasie, t. j. 3 dnia był wyraźny pęcherzyk o zawartości ropnéj z obwódką zapalną żywo czerwonego koloru.

We wszystkich 14 przypadkach powstały ma się rozumieć szankry miękkie w tych miejscach, w których zaszczepiono wydzielinę bez wszelkich domieszek.

Zachęcony temi wynikami szczepiłem w 4 przypadkach u chorych dotkniętych późną kiłą, wydzielinę z ropiejących pierwotnych objawów kiły lub kłykcin sączących. Pragnąłem się przekonać, czy i jaki będzie rezultat szczepienia. Dokonywałem je w ten sam sposób jak przy szczepieniu wrzodów miękkich z tą tylko różnicą, że szczepiłem tylko w jednem miejscu zmieszawszy wydzielinę na szkiełku z wodą utlenioną z dodatkiem kwasu solnego. We wszystkich przypadkach nie było żadnéj reakcyi i trzeciego dnia zaledwie dostrzedz można było ślady skaryfikacyi. Tutaj jeszcze dodam, że tak przy szczepieniu wrzodami miękkiemi jak i przy wszystkich innych przestrzeń skaryfikowana nigdy nie była większa niż powierzchnia przeciętego grochu średniéj wielkości, a skórę przed skaryfikacyją zawsze obmywałem wodą i mydłem a potem 3% watą karbolową i nakoniec bardzo dokładnie osuszałem.

Doświadczenia powyżéj opisane, które robiłem pod kontrolą wspólnie ze mną pracujących kolegów na oddziele, tak rozentuzyjazmowały jednego z lekarzy, że ofiarował się do zaszczepienia wydzieliną szankra twardego. Gdy moje przedstawienia, że naraża się na długotrwałe zakażenie, nie odniosły skutku, prawdę mówiąc chętnie skorzystałem z ofiary i zaszczepiłem w sposób powyżéj opisany na wewnętrznéj powierzchni przedramienia wydzielinę z wrzodu kiłowego pierwotnego, który istniał obok objawów ogólnéj kiły. Zmięszawszy dokładnie za pomocą pręcika szklannego wydzielinę wrzodu z trzema kroplami zupełnie świeżéj wody utlenionéj z domieszką kwasu solnego i przekonawszy się wzrokiem, że z b i t s z y c h c z ę ś c i w m i ę s z a n i n i e n a s z k i e ł k u z e g a r k o w e m n i e m a, nałożyłem na skaryfikowane miejsce, a zaczekawszy do zupełnego zaschnięcia, co nawiasem mówiąc długo trwało, pokryłem watą oczyszczoną i obandażowałem. Już trzeciego dnia nie widać było nic prócz śladów skaryfikacyi, o jakiéjkolwiek reakcyi miejscowéj nie było mowy i do dnia dzisiejszego, chociaż przeszło rok minął od chwili szczepienia, nie było ani objawów pierwotnéj ani ogólnéj wczesnéj kiły.

Powyższy przypadek zachęcił mnie do skorzystania z ofiary drugiego lekarza. I w tym przypadku tak samo postąpiłem jak w pierwszym, a różnicę stanowiło, że do szczepienia użyłem wydzieliny z nacieku kłykcinowego sączącego z domieszką krwi (*condyl lat.*). Do dnia dzisiejszego (rok dobiega) nie było i w tym przypadku ani objawów pierwotnéj ani ogólnéj kiły, a samo szczepienie było bez reakcyi miejscowéj.

Oto fakta bez komentarzy.

Zanadto małą jest liczba moich doświadczeń w ogólności a w szczególności z szczepieniem wydzieliny kiłowéj, abym się kusił o wysnuwanie wniosków. Jeżeli przed Szan. Zgromadzeniem z tą pobieżną pracą występuję, czynię to jedynie dlatego, aby uprosić P. T. Panów do powtórzenia i skontrolowania moich doświadczeń. O ile one dotyczą szczepienia wydzieliną szankrów miękkich i wydzieliną kiłową u dotkniętych kiłą późną, mam zamiar je kontynuować

i w przyszłości zdam sprawę. Wprawdzie już z dotychczasowych doświadczeń usprawiedliwione jest przypuszczenie, że świeża woda utleniona z dodatkiem kwasu solnego dokładnie na szkiełku zmięszana z wydzieliną szankrów miękkich, znosi zaraźliwe własności tejże wydzieliny, ale już drugi szereg doświadczeń, w których nie zmięszano wydzieliny ale na nią wkraplano wodę utlenioną rzecz bardzo osłabia.

Tutaj muszę zauważyć, że woda utleniona, którą robiłem doświadczenia, była tylko 3% i że daremnie starałem się otrzymać silniejszą, bo jéj fabrycznie nie wyrabiają. Zdaje mi się, że ze względu na ważność sprawy godziwą byłoby rzeczą postarać się o to, aby która z fabryk przynajmniéj dwa razy tak silną dostarczała wodę utlenioną a może wówczas i rezultaty byłyby pewniejsze. A gdy woda utleniona 3% z dodatkiem kwasu solnego tylko na miejscach pozbawionych przyskórka, wywołuje bardzo słabe pieczenie, należy przypuszczać, że 6% woda utleniona również nie będzie sprawiała przykrości.

Jak nagłówek wykazuje, kładę nacisk na doświadczenia z wydzieliną objawów kiłowych. Jeźli obszerniéj omówiłem doświadczenia z wydzieliną szankrów miękkich i wydzieliną kiłową u dotkniętych późną kiłą, uczyniłem to dlatego, aby wykazać, że nie lekkomyślnie przystąpiłem do szczepień wydzieliną syfilityczną, wyraźnie powtarzam u lekarzy i tylko na ich nalegania. Aż nadto dobrze odczuwam, że dwa przypadki nic nie decydują, bo kilka przyczyn przypuścić można, dla których rezultat szczepienia był ujemny. Pomijając w każdym razie możliwą niedokładność przy wykonywaniu szczepienia z tem się liczyć należy, że szczepieni mogli należeć do owych wyjątkowych indywiduów odpornych na zakażenie kiłowe, bo że kiły nie przebywali świadczy i wyznanie i potwierdza szczegółowe badanie moje i kolegów. Powtarzam, że nie kuszę się, aby na podstawie 2 przypadków stawiać pewne wnioski. Każdy jednak z słuchaczy usprawiedliwi mnie, że je do wiadomości i aprobaty Szan. Zgromadzenia podaję, gdy zechce zauważyć, że nikt z eksperymentujących nie będzie posiadał dużo materyjału do powtórzenia szczepień wydzieliną kiłową i że sprawę tylko zbiorowe doświadczenia wyświecić mogą. Jeśliby jednak te doświadczenia znalazły potwierdzenie, należałoby jeszcze przeprowadzić dalszy szereg doświadczeń, ile byłoby z nich korzyści praktycznéj. Gdyby zaś okazało się, że woda utleniona z kwasem solnym bezpośrednio po spółkowaniu użyta chroniłaby od zakażenia, byłoby to zdobyczą, która zło z prostytucyi wynikające łacniéj ukróciłby mogła, niż wszelkie dotychczasowe uregulowania. I tę okoliczność wnoszę na usprawiedliwienie, że z tak mało ugruntowaną sprawą poważyłem się stanąć przed Szan. Zgromadzeniem.

II. Oceny i sprawozdania.

Stan współczesny polskiego piśmiennictwa lekarskiego.

W rozprawie pod powyższym tytułem, nieznanego autora, umieszczonéj w „Ateneum“ (Warszawa, zeszyt sierpniowy, 1892) użala się autor we wstępie na brak przystępnych dla nielekarzy sprawozdań o ruchu piśmiennictwa lekarskiego polskiego, słowy Matlakowskiego: „Poszło już u nas w rutynę „oddawna, że dziejopisarze literatury krajowéj rozpisawszy „się na kilkuset stronnicach o poezyi, belletrystyce, filozofii, „słowem o rzeczach pięknych, na samym końcu poświęcają „skromniutki kąteczek takim mizerakom i przybłędom nie„mieckim, jak „nauki przyrodnicze i medycyna“ — przez co się dzieje, że ogół źle lub wcale nie informowany, błędnych nabiera mniemań, a co więcéj wcale mu nie znanem jest życie cichych współpracowników, dążących do zdobycia prawdy.

Przechodząc do rzeczy, zaznacza autor przedewszystkiem znaczny i szybki postęp w piśmiennictwie lekarskiem, czego najlepszą miarą ośm wydawnictw peryjodycznych i kilka tomów obszerniejszych dzieł rocznie. Po kolei wymienia autor wszystkie wydawnictwa, najpierw warszawskie („Gazeta Lekarska“ wraz z „Odczytami klinicznemi“, „Medycyna“ z kalendarzowym dodatkiem, „Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego“ i „Zdrowie“), podaje ich historyję, rozwój i charakterystykę pism, jakoteż i wybitniejszych współpracowników. Omawiając w dalszym ciągu wydawnictwa krakowskie („Przegląd Lekarski“ i „Przewodnik hygijeniczny“) z mistrzowską niemal znajomością kreśli stosunki w łonie współpracowników, ich sylwetki i charakterystykę. Na poznańskiem wydawnictwie („Nowinach Lekarskich“) kończy autor przegląd wydawnictw peryjodycznych i przechodzi do książkowych, które wedle autora w znacznie gorszym od poprzednich znajdują się stanie. Tu należą: Wydawnictwa „Gazety Lekarskiéj“ jako najlepsze, Kasy im. Mianowskiego i Stowarzyszenia wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie (prezes prof. Korczyński) i kilka zaledwo dzieł wyszłych poza obrębem tychże wydawniczych Stowarzyszeń.

Rozprawka ta ze znajomością rzeczy a objektywnie i przystępnie napisana, zainteresuje z pewnością także i ogół lekarzy polskich, na co w zupełności zasługuje.

Dr. Ebersohn.

Patologija.

Abelmann (Petersburg): **Peliosis rheumatica.**

Choroba ta polega na ostrym obrzęku stawów połączonym z bólem, silnym dreszczem i gorączką o torze zwalniającym *(febris remittens)*. Po krótkim czasie występują wybroczyny różnéj wielkości w skórze, najczęściéj w okolicy stawów. Choroba przebiega podobnie jak ostre zapalenie stawów i kończy się zazwyczaj wyzdrowieniem. Opisał ją dokładnie i nadał jéj powyższą nazwę Schönlein. Autor podaje opis téj choroby, którą spostrzegał u 8 miesięcznego oseska. Schönlein uważał *peliosis rheumatica* za odmianę zapalenia ostrego stawów i do téj grupy chorób ją policzył, gdy tymczasem Henoch uważa ją za chorobę *sui generis.* Koch z Dorpatu uważa ją za chorobę infekcyjną i stawia ją obok gnilca, *purpura simplx., haemorrhagica, erythema nodosum, haemophilia* itd. Czy podział ten Kocha jest słuszny, trudno przesądzać, bo aczkolwiek Koch i Letscherich odnaleźli odrębne prątki skorbutowe, które królikom zaszczepione sprowadzały objawy podobne do objawów Werlhoffa, to charakteru dotyczących bakteryj w *peliosis* jeszcze nie wykazano. Nie wiadomo także co jest powodem wynaczynionek, czy zmiana we krwi czy też w ścianach naczyń. (*P. med. Ws.* 1982, Nr. 15).

Dr. Mendelsburg.

Choroby uszne.

Szenes: **O wartości leczniczéj kilku nowych środków w leczeniu chorób usznych.**

Mentol zastosowany w 20% roczczynie olejnym w czyrakach ucha zewn. sprawia przykre palenie, a rzadko tylko jest skuteczny, Autor poleca używanie tego środka dopiero po przecięciu i wyłyżeczkowaniu czyraka. Przeciw temu cierpieniu polecano także 20% roczczyn octo winianu glinowego. 1‰ sublimatu i wodne roczczyny octanu glinowego Pierwsze dwa środki okazują się jednak skutecznemi tylko po dobrowolnem pęknięciu lub przecięciu czyraka, ostatn w rozlanych zapaleniach ucha zewnętrznego, które się przyłączają do przewlekłego zapalenia ropnego ucha środkowego. Zastosowanie 15% karbolgliceryny w pierwszym okresie ostrego nieżytu ucha środk. rzadko tylko łagodzi ból i niezawsze zapobiega ropieniu. Kreolinę w roczczynie 5 kropli na 0·5 litra wody poleca S. w ropieniach ucha średniego tylko w tych przypadkach. w których trzeba choremu wy

strzykiwanie zostawić. Maść 2% kreoliny zaś działa wybornie w wyprysku ostrym ucha zewnętrznego.

Z środków w postaci proszku używanych zwykle w ropotokach usznych, wypróbował S. jodolu, salicylanu bismutowego, arystolu i kw. borowego. Polecenia godnym znalazł tylko kw. borowy, którego można używać w wszystkich tych przypadkach, gdzie otwór w błonie bęb. jest dość duży i na stosownem miejscu, gdzie niema próchnienia kostek usznych lub wyrostka sutkowego, jednem słowem w wszystkich przypadkach, w których nie zachodzi obawa zatrzymania ropy. Kwas mlekowy w 15% rozczynie polecany w ropotokach usznych przewlekłych, musiał S. porzucić z powodu jego działania żrącego, nawet na skórę ucha zewn. i małżowiny. Kokainy używał S. w 4—10% roztworze przeciwko szumowi w uszach, wpuszczając kilka kropli za pomocą cewnika przez trąbkę do jamy bęb., lecz tylko w takich przypadkach, w których inne kliniczne leczenie nie zdołało szumu usunąć. Jednak mimo kilkutygodniowego wstrzykiwania żadnego skutku nie osiągnął. Międsienie dało autorowi w 16 przypadkach dobre skutki. Używał go w ostrych zapaleniach jamy bęb. ale dopiero po przestaniu ropienia i w takich przypadkach, w których weale nie przyszło do ropienia, a nie można było małéj wydzieliny w jamie bęb. mimo zwykłego leczenia za pomocą balonu i cewnika doprowadzić do resorpcyi. (*Internat. kl. Rundsch*). *Dr. Spira.*

III. Sprawozdanie z IV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w dniach 12, 13 i 14 lipca 1892.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

W dyskusyi Dr. Sawicki zwraca uwagę na to, że dochodzenie do rany w przeponie drogą laparatomii jest w niektórych przypadkach dogodniejsze; odcinając w kilku miejscach przyczepy, przepony od żeber, zwalniamy napięcie szwów założonych na ranę i przez to gojenie jest łatwiejsze; wiadomo bowiem, że rany w przeponie wskutek ciągłych ruchów tego narządu a tem samem naciągania i szarpania szwów, któremi ranę zespojono, goją się nadzwyczaj trudno. Nadto jeżeli dostać się chcemy do rany od strony klatki piersiowéj, przeszkadza w odsłonięciu i zeszyciu jéj płuco. Ponieważ jednak przez laparatomię dostać się można tylko na przednią lub boczną część przepony, przeto radzi mowca dochodzić do rany w tylnéj części przepony umieszczonéj przez torakotomię, a do ran z przodu i z boku leżących drogą jamy brzusznej. Co do utrudnionego wyciągania treści przepukliny przeponowej z powodu ciśnienia ujemnego klatki piersiowéj, to ponieważ zazwyczaj wobec ran przepony istnieje także odma piersiowa wskutek równoczesnego uszkodzenia płuca, przeto okoliczność ta nie wchodzi zazwyczaj w rachubę.

Dr. Barącz zapytuje, czy odcinanie płatu według prof Rydygiera nie napotyka na trudności z powodu sztywności żeber i czy jest dość miejsca, przez które do rany można się dostać.

Prof. Obaliński wypowiada zapatrywanie, że nie koniecznie potrzeba wobec każdéj rany przeponowej zakładać szwy. Mowca cytuje przypadek z swego oddziału, w którym kula wymierzona w okolicę koniuszka sercowego przebiła przeponę pozostawiwszy w niéj tak maleńki otworek, że podczas laparatomii, którą mowca wykonał spodziewając się obrażenia jelit, z wielką trudnością udało się go odszukać. Prof. O. nie uważał za potrzebne otwór ten zaszywać, lecz w każdym razie miał sposobność się przekonać, że drogą laparatomii możnaby łatwo to uskutecznić, zwłaszcza przy silnem wygięciu żeber tworzących miejsce przyczepienia przedniej części przepony ku górze.

Dr. Sawicki ostrzega, że zeszywanie jest z tego względu konieczne, że rany w przeponie nietylko nie mają tendencyi do zagojenia się, ale nawet wskutek ciągłego szarpania, na jakie są narażone, zazwyczaj się jeszcze rozszerzają. I tak opisuje mowca przypadek tyczący się kobiety, u której dopiero w 16 lat po otrzymaniu rany przepony, gdy zaszła w ciążę, powstała ogromna przepuklina przeponowa.

Prof. Rydygier zaznacza, że sam jest w niektórych przypadkach za laparatomią, szczególnie w obec krwotoku do jamy brzusznej lub obrażenia trzewów. W odpowiedzi Dr. Barączowi zaręcza prelegent, że płat z żeber można bardzo wygodnie odgiąć, a gdyby nawet się żebra złamały, nie wpływałoby to weale niekorzystnie na dalszy przebieg leczenia. Prelegent przyznaje słuszność prof. Obalińskiemu, że rany w przeponie są nadzwyczaj małe, podobny przypadek opisał Kosiński, gdzie otwór w przeponie był tak mały, że zaledwo przepuszczał zgłębnik i w takich razach trudno rzeczywiście się zdecydować, czy wykonać operacyę.

III. Dr. Bogdanik z Biały przedstawił chorego po resekcyi kości piętowéj według własnej metody, którą opisał Dr. Kapelusz w Nr. 27 „Przeglądu Lekarskiego z r. b.

W dyskusyi prof. Obaliński zwraca uwagę, że przy resekcyi metodą Dra Bogdanika, podobnie jak przy resekcyi według Buscha, od której się nieco tylko różni, dostanie się do stawu jest nadzwyczaj trudne i dlatego metoda ta jedynie tylko dobre usługi oddać może przy resekcyi kości piętowéj.

Dr. Barącz uważa metody osteoplastyczne resekcyi na stopie za zbyteczne. Prawie zawsze wystarcza mowcy wyskrobanie ostrą łyżeczką ognisk gruźliczych choćby nawet bardzo rozległych.

Prof. Obaliński stanowczo się temu zapatrywaniu sprzeciwia. Przez skrobanie nigdy nie jesteśmy w stanie usunąć wszystkich ognisk gruźliczych, często zupełnie odosobnionych, podczas gdy przez resekcyę widzimy wyraźnie te wszystkie części miękkie i kości, które są chorobowo zajęte i które usunąć musimy, a o których istnieniu zapomocą łyżeczki a nawet sondy nie wiedzieliśmy. Jeżeli nieraz nawet takie dokładne usunięcie wszystkich gołem okiem dostrzegalnych zmian nie wystarcza do zupełnego uleczenia, to tem mniéj wyskrobanie. Jedynie tylko w obec małych, ograniczonych ognisk zastosowanie ostréj łyżeczki ma racyę bytu.

Dr. Drobnik z Poznania, nie podziela zdania prof. Obalińskiege i twierdzi, że bez operacyi typowéj i radykalnéj, przez wyskrobanie itp. zabiegi można do bardzo dobrych wyników doprowadzić. Usunięcie wszystkich ognisk gruźliczych nawet zapomocą operacyi jest niepodobieństwem, zawsze bowiem pozostają jeszcze w częściach miękkich i kościach ogniska ukryte, dla operującego niedostrzegalne.

Dr. Bogdanik podnosi zalety swej metody operowania, polegające na tem, że *talus* łatwo usunąć można, że nie nadwyręża się naczyń, nerwów i ścięgien, a blizna pozostaje w takiem miejscu, w którem nie ugniata i nie sprawia żadnych dolegliwości.

Na dalszą dyskusyę o tym przedmiocie z powodu nawału odczytów przewodniczący nie dozwala, zwracając uwagę, że kwestya leczenia gruźlicy stawów ma być przedmiotem obrad na przyszłym Zjeździe chirurgów.

IV. Dr. Krasowski z Krakowa przedstawił chorą, u któréj z powodu nowotworu opony mózgowéj i ubytku czaszki wykonano z pomyślnym rezultatem operacyę osteoplastyczną Schoenborna.

V. Dr. Gabryszewski z Krakowa: „Osteoplastyczna operacya po wypiłowaniu szczęki dolnéj.“

Po resekcyi szczęki dolnej zastąpiono ubytek w kości, płatem kostnym wziętym z obojczyka. Wykonawszy płat skórny z szyi zwrócony ku dołowi a sięgający na dwa palce poniżéj obojczyka, rozszczepiono obojczyk wzdłuż na dwie części i zostawiono część zewnętrzną przy skórze, aby warunki odżywcze dla kości się ustaliły. Po 12 dniach płat zwrócono ku górze i pokryto ubytek.

VI. Dr. Obfidowicz z Krakowa: „Przedstawienie chorego z guzem żuchwy.

Choroba trwa od lat 6 ale już i pierwéj po téj stronie, jak chory podaje, zęby bolały a szczęka puchła. Przed 3 laty upadł chory, guz pękł i wylało mu się z niego dużo „kasza téj wody.“ Prawa polowa twarzy powiększona z powodu guza idącego od łuku jarzmowego aż do okolicy 2 zęba dwuguzikowego po stronie lewéj, do wielkości głowy noworodka. Od wewnątrz guz wypycha język na stronę lewą i sięga ku tyłowi aż do gardła. Błona śluzowa w przedniéj części owrzodziała, brodawkowata. Badanie mikroskopowe wyciętego kawałka z tego miejca okazało: *carcinoma gelatinosum*. Gruczoły szyjne wcale nie obrzękłe. Ponieważ guz rósł latami, wychodzi ze szczęki, którą rozdyma, miejscami okazuje pergaminowe trzeszczenie (*Malassez*), a w innych miejscach chełbotanie, przeto O. rozpoznaje: Torbiel zębowy wielokomorowy (*Cystoma proliferum folliculare)*. Nowotwór ten opisali Bryk i Falkson. Później takie same przypadki opisują Trzebicky, Bajer a Nasse opowiedział go na zjeździe chirurgów niem. w Berlinie 1890. Jest to więc szósty przypadek w literaturze. Rak dołączył się tu następowo. W przypadku tym zostanie wykonaną: Resekcya z eksartykulacyą w prawym stawie żuchwowym.

VII. Dr. Szymkiewicz z Krakowa: Demonstracyja obturatora pomysłu Süersena w przypadku wrodzonego rozszczepu podniebienia miękkiego i twardego

Dr. S. przedstawia jedenastoletniego chłopca, który okazuje wady utworowe wargi górnéj i wyrostka zębodołowego oraz twardego i miękkiego podniebienia w postaci t. zw. obustronnéj wargi zajęczéj, obustronnego rozszczepu wyrostka zębodołowego tak, iż kość międzyzębowa jest przesuwalną, oraz obustronnego rozszczepu twardego i miękkiego podniebienia (*faux lupina*). Prelegent wykonał z polecenia prof. Obalińskiego w tym przypadku obturator według metody Süersena, która opiera się na tym fizyjologicznym pewniku, iż podczas połykania i mówienia mięsień zdziergacz gardziela górny (*constrictor pharyngis sup.*) kurcząc się, zbliża tylną ścianę gardziela do równocześnie pod wpływem mięśni napinającego się miękkiego podniebienia, przez co jama nosowa od jamy ust zostaje szczelnie oddzieloną. Przyrząd cały składa się z kauczukowéj płyty podniebieniowéj, która zasłania rozszczep w podniebieniu twardem, a za pomocą złotych klamer przymocowaną jest do istniejących stałych zębów, od tylnego zaś brzegu tejże płyty idzie skośnie ku tyłowi i dołowi języczkowaty wyrostek, który zamyka odstęp pomiędzy brzegami rozdzielonego miękkiego podniebienia przy swobodnem oddychaniu. Na tym języczkowatym wyrostku znajduje się właściwy obturator, mający postać gruszki, któréj tylna powierzchnia stanowi odbicie tylnéj ściany gardziela w okolicy zdziergacza górnego, ściany boczne w ten sposób są utworzone, iż pozostają w ustawicznem zetknięciu z brzegami obu połów miękkiego podniebienia przy wszelkich jego ruchach, nakoniec ściana górna odpowiada górnéj granicy zdziergacza. Przyrząd ten modelują sobie same części miękkie, otaczające ubytek, podczas połykania i mówienia w jakiéjś masie plastycznéj, najlepiéj rozgrzanéj gutaperce, którą się następnie twardym kauczukiem zastępuje tak jednak, aby dla większéj lekkości wnętrze przyrządu było puste.

Obturator według pomysłu J. Wolffa, podany przez Schiltzkyego różni się tylko tem, iż ściany jego są zrobione z miękkiego kauczuku, skutkiem czego mogą się one uginać pod wpływem ruchów podniebienia. Ponieważ jednak miękkiego kauczuku nie można tak gładko wypolerować jak twardy, drażni swojemi chropowatemi powierzchniami otaczające części jamy ust, nasiąka wydzielinami, przez co łatwo się psuje i cuchnie, wreszcie z czasem zmienia swój kształt i nie wypełnia szczelnie ubytku. — Z tych powodów prelegent daje pierwszeństwo obturatorom według metody Süersena.

Brandt podał obturator składający się z kauczukowéj płyty podniebieniowéj, do któréj przymocowany jest gumowy pęcherzyk nadęty powietrzem, mający zamykać ubytek w podniebieniu miękkiem. Przyrząd ten jest bardzo nietrwały i nie zakrywa szczelnie rozszczepu, gdyż mowa, pomimo dłuższego noszenia, pozostaje nosową, o czem przekonał się prelegent podczas ostatniego międzynarodowego Zjazdu lekarzy i przyrodników w Berlinie.

VIII. Dr. Łucki z Oświęcima: Ciekawy przypadek wgłobienia jelit.

W dniu 20 lutego b. r. prelegent wezwany został do wsi okolicznej Oświęcima do żony włościanina, kobiety obłożnie choréj, 50 lat liczącéj, wzrostu średniego, budowy silnéj jednak znacznie wynędzniałéj, o skórze brudno-bladéj, skarżącéj się na silne i częste bóle w brzuchu. Z anamnezy dowiedział się, że chora poprzednio zawsze dobrem ciesząca się zdrowiem, przed kilku laty zauważyła w okolicy kiszki ślepéj okrągławy twardy guz, wielkości kurzego jaja, przy dotykaniu nieco bolesny. Około 10 października r. z. dostała z niewiadoméj przyczyny gwałtownych bólów brzucha z wymiotami i biegunką, poczem wzmiankowany guz znacznie się powiększył, a zarazem przybrał kształt podłużny. Biegunka i wymioty ustąpiły wkrótce, apetyt powrócił, wypróżnienia odbywały się prawidłowo, obrzmienie jednak już stale pozostało i ciągle się powiększało, to twardnąc, to mięknąc naprzemian, wywołując zarazem właściwe kiszkom kruczenie. Z obecności wielkiego kiełbasowatego obrzmienia odpowiadającego położeniem okrężnicy poprzecznéj, oraz na podstawie jego ruchomości, zmiennéj konsystencyi, wypuku bębenkowego, zmienności kształtów i charakterystycznego kruczenia, rozpoznał Dr. Ł. wgłobienie jelita, a gdy obfite irygacyje wodne i gazowe połączone z miesieniem pożądanego skutku nie odniosły, nakłonił chorą aby się poddała operacyi na klinice chirurgicznéj krakowskiéj. Prof. Rydygier rozpoznanie potwierdził zastrzegł się jedynie co do możności istnienia jakiegoś guza nowotworowego, będącego pierwotną przyczyną wgłobienia. Operacyję, typową laparatomiję, wykonał prof. Rydygier dnia 17 marca w obecności prelegenta. Po otwarciu jamy brzusznéj pokazało się ogromnych rozmiarów wgłobienie, przyczem cała okrężnica wstępująca, jelito ślepe i znaczna część jelita biodrowego wstąpiły w okrężnicę poprzeczną. Szczęściem zrostów nie było, a jelito jużto przez ucisk, jużto przez pociąganie udało się napowrót wywlec i prawidłowo ułożyć, guza nie znaleziono żadnego. — Przebieg pooperacyjny był idealnym, bezgorączkowym, rana zagoiła się przez rychłozrost, pierwszy stolec ukazał się 10 dnia, a w trzy tygodnie, tj. 8 kwietnia, operowana opatrzona w podtrzymującą opaskę brzuszną, jako zupełnie zdrowa opuściła zakład.

W przypadku opisanym dwie okoliczności jako nadzwyczaj osobliwe zasługują na uwagę; po pierwsze, że pomimo tak znacznego wgłobienia nie powstała ani na chwilę niedrożność jelita, a powtóre, że pomimo tak długiego, bo prawie sześciomiesięcznego trwania wgłobienia, nie powstały zrosty otrzewnowe.

W dyskusyi zabierali głos Dr. Wehr i prelegent.

Przewodniczący podaje do wiadomości pismo prof. Domańskiego, w którem tenże prosi członków Zjazdu, aby nasuwające się im poprawki z terminologii chirurgicznéj polskiéj zechcieli podawać celem uwzględnienia takowych w mającym się wydać nowym słowniku polskiéj terminologii lekarskiéj.

Na tem posiedzenie zakończono.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 9 września. Redaktor „Przeglądu Lek.“ prof. Dr. L. Halban powrócił z wakacyj i z następnym Nrem obejmuje czynności redakcyjne.

* Wiadomości o cholerze. Z ostatnich dni 6 i 7 września donoszą: W Rosyi trwa epidemija prawie jednostajnie. Według źródeł urzędowych podają liczbę zmarłych dotychczas na 107 tysięcy. W Baku jakoteż gubernii ołonieckiéj pojawiła się cholera powtórnie. W Petersburgu i Moskwie zapada jeszcze po kilkadziesiąt osób. W gubernii Saratowskiéj zachorowało 5 bm.

871; zmarło 360. w gub. Samarskiéj 393 chorych 133 zmarłych, w gub. tambowskiéj 450 chorych 260 zmarłych, w krajach naddońskich 580 chorych 271 zmarłych. W gub. lubelskiéj 34 chorych 12 zmarłych. W gub. kijowskiéj pojawiła się cholera, było jednak dotąd kilkanaście przypadków tak w Kijowie jakoteż okolicy.

W Paryżu zachorowało 3-go 80 osób zmarło 35, w okolicy zachor. 32 osoby, zmarło 35,w Hawrze 27 chor. 7 śmierci.

W Hamburgu cholera się jeszcze wzmaga, d. 5 b. m. zachorowało 501, zmarło 158, d 6 zachorowało 702, zmarło 353. W Altonie zachorowało 18 osób, zmarło 9. Dotąd miało umrzeć 5000 osób.

* Namiestnictwo wydelegowało na wiadomość o szerzeniu się cholery na stacyje graniczne następujących lekarzy: Dr. Konarzewski: Podwoloczyska, Dr. Opieński: Brody, Dr. Nycz: Szczakowa, Dr. Pappée: Bełżec, Dr. Wojtaszek: Husiatyn, Dr. Slączka: Majdan, Dr. Szymański: Uhrynów, Dr. Żukotyński: Nowe sioło, Dr. Tyszkowski: Nadbrzezie, Dr. Bętkowski: Oświęcim.

* W Berlinie odbyło się dnia 7-go b. m. nadzwyczajne posiedzenie, któremu przewodniczył prof. Dr. Virchow. Omawianą była jedynie kwestyja cholery. Prof. V. przedstawił obecny stan epidemii i twierdzi, że w Niemczech jedynem ogniskiem cholery jest Hamburg, a jakkolwiek pojawiły się w niektórych miastach niemieckich pojedyncze przypadki téj choroby, to jednak udowodniono, że pochodzą z Hamburga. Ponieważ dzięki tym zabiegom sanitarnym udało się prawie wszędzie przytłumić zarazę w zarodzie, mniema, że państwo Niemieckie uchroni się przed dalszą klęską, zwłaszcza że i w Hamburgu zaraza osiągnąwszy 27 z. m. szczyt, obecnie słabnie (? p. R.). Epidemija w Rosyi (zkąd niedawno wrócił) utwierdza w tem przekonaniu. Gdy bowiem na Kaukazie i nad Wołgą sprawiła niezmierne spustoszenia, występuje łagodniéj na Zachodzie, w Moskwie i Niżnym Nowogrodzie, zdarza się tam tylko po 10 przypadków dziennie, a to dzięki energii rządu, mianowicie zaś energii gubernatora Baranowa, który z niemożebną prawie u nas stanowczością przywiódł ludność do poszanowania prawa i zmusił do środków ochronnych. Prof. V. oświadcza, że w całéj prawie zachodniéj części Rosyi cholery niema. Pojawienie się cholery w Petersburgu i Hamburgu przypisuje złéj wodzie do picia, z Newy i Elby, widział bowiem w Petersburgu, że gdy w jednym zakładzie, którego mieszkańcy pili wodę z Newy, do któréj z pobliskiéj fabryki spływały nieczystości, zmarła przeszło setka w przeciągu kilku dni. Berlin pod tym względem nieco bezpieczniejszy.

Dr. Guttmann, dyrektor szpitala w Moabicie, zdawał sprawę z 6 przypadków cholery leczonéj tamże i wykazał, że wszystkie pochodziły z Hamburga, we wszystkich 6 znaleziono laseczniк przecinkowy Kocha. Nie znaleziono jednak laseczника p. w przypadkach *„cholera nostras“*, które tutaj obserwowano i na podstawie tego sądzi, że rozpoznanie z pomocą mikroskopu ma wielkie znaczenie, zwłaszcza w przypadkach biegunki, gdyż w okresie zapadu to już zbyteczne. W Moabicie leczono chorych podtrzymywaniem ciepłoty ciała, środkami pobudzającymi serce, i wstrzykiwaniami podskórnemi roztworu soli, które powtarzano, ilekroć tętno zaczęło słabnąć. W końcu wyraził G. nadzieję, że Berlin uchroni się przed epidemją, jużto że w przeciągu 14 dni pojawiło się tylko 6 przypadków (od 3 b. m. żadnego), już że obecna pora nie jest tak bardzo dla zarazy przystępną, wreszcie że baczność władz i lekarzy przytłumi ją w zarodzie. Dr. Pfeiffer z instytutu Kocha twierdzi, że jedynie laseczniki przecinkowe rozstrzygają o chorobie, zdarzają się bowiem przypadki zapalenia kiszek, wśród których występuje zapad, a laseczników tam brak. Prof. Virchow zamykając posiedzenie wyraził nadzieję, że zgromadzeni zapewno mało będą mieli sposobności korzystania z tych wywodów. *N. f. Pr.*

* Broszura popularna prof. Jaworskiego o cholerze pojawiła się w drugiem uzupełnionem wydaniu.

* W Warszawie postanowiono utworzyć Komisyję balneologiczną, któréj zadaniem będzie rozciągnięcie dozoru nad wszystkiemi zakładami kąpielowemi i stacyjami klimatycznemi w Królestwie Polskiem.

* W tygodniu 34-ym (od 21—27 sierpnia) było w Krakowie małżeństw 13, urodzeń 42, skonów 41, z tych z gruźlicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 8, z zapalenia płuc 3, z duru brzusznego 3. z duru plamistego 1.

* **Wiedeń.** Kongres dermatologów został d. 5 b. m. otwarty. Z 280 zgłoszonych uczestników zjawiła się przeważna część. Szef sekcyi Rittner przybył na otwarcie w zastępstwie ministra oświaty. Prof. Kaposi z Wiednia wybrany prezydendem kongresu. Prof. Hardy z Paryża prezydentem honorowym. Wiceprezydentami wybrano przedstawicieli różnych krajów. Kaposi wygłosił mowę powitalną w językach: niemieckim i francuskim. Hardy miał odczyt o obecnym stanie dermatologii.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Doc. Dr. Paweł Dittrich z Wiednia został mianowany nadzw. profesorem medycyny na Uniwersytecie w Innsbrucku. — Prosektor przy katedrze anatomii patologicznéj Uniwersytetu warszawskiego Dr. Adam Ciągliński zwolniony został z zajmowanego stanowiska.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. Murdzieński.**

Ogłoszenie.

Magistrat miasta Przemyśla potrzebował będzie w razie wybuchu cholery w mieście, dwóch ewentualnie większéj liczby lekarzy. względnie doktorandów medycyny do udzielania pomocy chorym umieszczonym w epidemicznym szpitalu barakowym.

Pp. lekarze ewentualnie doktorandzi medycyny, reflektujący na powyższe posady zechcą po bliższe wyjaśnienie udać się do biura sanitarnego miejskiego w Przemyślu.

Magistrat miasta Przemyśla, 6 września 1892.

107—3—1 *Doliński.*

KONKURS

Magistrat m. Bełza rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza miejskiego z płacą o rocznych 500 złr. w. a. z kasy miejskiéj tutejszéj płacić się mającą. Obowiązki lekarza miejskiego określa instrukcyja służbowa dla lekarzy miejskich, wydana przez c. k. Namiestnictwo za porozumieniem z Wydziałem krajowym na zasadzie §. 14 ust. kraj. Nr. 17 z r. 1891.

Ubiegający się o tę posadę muszą prócz dostatecznéj fizycznéj zdolności posiadać warunki §. 7 powołanéj ustawy przepisane, a podania w sposób tam wskazany udokumentowane wnieść do tutejszego Magistratu najpóźniej do dnia 1 października 1892.

Bełz, dnia 19 sierpnia 1892 roku.

105—3—2 *A. Miłkowski.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.